

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

869

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

François JOMIER

EXTERNE EN PREMIER DES HOPITAUX DE PARIS

NÉ LE 1^{er} AVRIL 1917, A PARIS

Contribution à l'Étude
des Méningites Typhiques
aiguës microbiennes

PRÉSIDENT : M. LOEPER, *Professeur.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PRÉSENTÉE PAR

François JOMIER

EXTERNE EN PREMIER DES HOPITAUX DE PARIS

NÉ LE 1^{er} AVRIL 1917, A PARIS

Contribution à l'Étude des Méningites Typhiques aiguës microbiennes

PRÉSIDENT : M. LOEPER, *Professeur*.

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	MARCEL LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNÉO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GRÉGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	CHEVASSU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	JEANNIN
	LÉVY-SOLAL
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE



Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Clinique de cardiologie	LAUBRY
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	SANNIÉ
	VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE ... Pathologie chirurgicale
BARIÉTY .. Pathologie médicale
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale
BERNARD (É.) Pathologie médicale
BESANÇON (J.) Hydrologie
BOULIN Pathologie médicale
BULLIARD .. Histologie
CATHALA ... Pathologie médicale
CHEVALLIER Pathologie médicale
COSTE Pathologie médicale
DOGNON Physique
FEY Urologie
FUNCK Pathologie chirurgicale
GALLIARD .. Parasitologie
GASTINEL . Bactériologie
DE GAUDART D'ALLAINES.....
Pathologie chirurgicale
GAYET Physiologie
DE GENNES . Pathologie médicale
GIROUD Histologie
HAGUENAU Pathologie médicale
HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN . Anatomie pathologique
JOANNON ... Hygiène
LACOMME .. Obstétrique

MM.

LANTUÉJOUL Obstétrique
LAROCHÉ (G.) Pathologie médicale
LAVIER Parasitologie
LELONG Pathologie médicale
LEMAIRE ... Pathologie expérimentale.
LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie
LÉVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie
MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale
MOLLARET .. Pathologie médicale
MOREAU Pathologie médicale
MOULONGUET Pathologie chirurgicale
MOUQUIN ... Pathologie médicale
PETIT-DUTALLIS Pathologie chirurgicale
PIÉDELIEVRE Médecine légale
PORTES Obstétrique
RENARD Ophthalmologie
RICHET Physiologie
SÉNÈQUE ... Pathologie chirurgicale
TURPIN Pathologie médicale
VIGNES Obstétrique
WILMOTH .. Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE ...	Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
BUSQUET ...	Pharmacologie	LE LORIER .	Obstétrique
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie	NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie
GUÉNOT	Obstétrique	SCHWARTZ ..	Pathologie chirurgicale
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale	VAUDESCAL .	Obstétrique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR- VALLERY-RADOT			
SÉZARY			
MM. ECALLE METZGER	} Clinique obstétricale		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLÉ	Puériculture

A MON PÈRE

le Docteur JULIEN JOMIER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

A MA MÈRE

A MES ONCLES

Le Docteur PIERRE HADENGUE

ELECTRO RADIOLOGISTE DE L'HOPITAL CIVIL DE VERSAILLES

Le Docteur RAYMOND BONNEAU

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

A MES COUSINS

*les Docteurs Paul FICHET, Monique HYON-JOMIER,
André HADENGUE, Henri de FRÉMONT*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur RATHERY

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

A Monsieur le Professeur LOEPER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

qui a bien voulu présider cette thèse.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Professeur RATHERY

M. le Professeur CUNEO

M. le Docteur LOUIS RAMOND

M. le Docteur OKYNCZIC

Externat

M. le Docteur CHEVRIER, 1936 - 1937

M. le Docteur HERSCHER, 1937 - 1938

M. le Professeur RATHERY, 1938 - 1939

Externe en Premier

Mme le Docteur BERTRAND FONTAINE, 1939

A MES MAITRES DE CONFÉRENCES

MEIS et AMICIS

AVANT-PROPOS

Cette thèse que nous avons l'honneur de présenter est un travail bien modeste, dont la gravité des circonstances actuelles voudront bien faire excuser la brièveté.

Plus tard nous espérons profiter d'un internat dont nous avons provisoirement goûté pendant six mois pour travailler plus longuement une question plus importante.

Nous avons choisi pour sujet de cette thèse, les méningites typhiques aiguës microbiennes, évoquant une malade qu'il nous a été donné d'observer étant externe, il y a un an, dans le service de notre maître, Monsieur le Professeur Rathery.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre gratitude à M. le Professeur Rathery pour la bienveillante sollicitude et les précieux enseignements qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Nous remercions notre ami H. Maschas, interne des hôpitaux, qui nous a guidé dans notre travail.

INTRODUCTION

Les accidents méningés sont fréquents au cours des maladies typhoïdes et connus depuis fort longtemps. Leur intensité est variable et il n'existe aucun parallélisme entre la gravité du tableau clinique et l'importance des lésions anatomiques. Seul l'examen du liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire, montrera soit une méningite suppurée, soit une méningite puriforme aseptique, soit un liquide céphalo-rachidien normal.

Leur pronostic est grave et bien des auteurs ont insisté sur le fait aggravant, que constitue chez un typhique l'apparition d'un simple signe de Kernig : néanmoins même suppurée, la méningite typhique peut guérir.

On tend actuellement à distinguer d'une part les méningites infectieuses aiguës réalisant le type clinique de la méningite cérébrospinale avec polynucléose dans le liquide céphalo-rachidien et présence de germes ; d'autre part les états méningés avec lymphocytose rachidienne ou liquide céphalo-rachidien normal, sans germe, qui font souvent partie des syndrômes d'encéphalite typhique. Ces notions rendent mieux compte de la gravité souvent aussi grande et bactériologiquement incompréhensible des méningites vraies et des simples réactions méningées aseptiques (PILOD).

Nous n'étudierons dans ce travail que les méningites vraies, à germes identifiés dans le liquide céphalo-rachidien, les réactions méningées seront simplement rappelées au diagnostic.

LES MÉNINGITES TYPHIQUES AIGUES MICROBIENNES

L'observation que nous avons l'honneur de rapporter concerne un cas de méningite aiguë typhique, à évolution rapidement mortelle.

Mme Jal... (Madeleine), 40 ans, institutrice, est hospitalisée le 2 septembre 1938 au matin, dans le service de notre maître le Professeur Rathery, pour une méningite aiguë.

A son entrée, la malade est dans un état voisin du coma complet, la température est à 39°5, le pouls à 110, la respiration rapide, la tension artérielle à 13-9.

La réaction méningée s'extériorise par une raideur nette de la nuque, un signe de Kernig peu intense, sans signe de Brudzinski. Il existe une hyperesthésie cutanée et une raie méningitique. Il n'y a pas de paralysie des membres, mais les réflexes rotuliens et l'achilléen droit sont abolis. Le réflexe achilléen gauche est conservé, de ce même côté le réflexe cutané plantaire est inversé. L'examen des yeux fait par le Dr Cerise, ne montre aucune paralysie, les pupilles en myosis réagissent normalement la lumière et à la distance, les conjonctives sont injectées, le réflexe cornéen aboli. L'examen auriculaire est négatif. Il existe une rétention urinaire manifeste.

A l'examen général, nous constatons un léger subictère, la langue est saburrale et sèche, le ventre souple, non météorisé. Le foie non ptosé, déborde de deux travers de doigt les fausses côtes, la rate est percutable sur l'étendue d'une large paume de main.

Le cœur est rapide, mais régulier, sans bruits orificiels. La tension artérielle à 13-9 (Vaquez). Quelques râles de stase existent aux bases pulmonaires. Les urines retirées par sondage contiennent des traces notables d'albumine et d'urobiline. La réaction de Gmelin est légèrement positive, la réaction de Hay présente. L'examen du culot montre de rares cylindres granuleux, des leucocytes isolés et deux à trois hématies par champ. La culture donne quelques colonies de staphylocoques blancs.

L'interrogatoire de l'entourage nous apprend que la malade se

plaignait depuis quinze jours de céphalées et d'asthénie, signes qui se sont brusquement accentués le 31 août, tandis qu'apparaissaient de la constipation et des vomissements alimentaires puis bilieux. L'obnubilation est progressivement apparue le 1^{er} septembre, date à laquelle la température, prise pour la première fois, s'est élevée à 40°8 le soir.

Les examens de laboratoire suivants sont immédiatement pratiqués :

Ponction lombaire : liquide louche, hypertendu. 337 éléments par millimètre cube, comprenant des polynucléaires mêlés à de rares lymphocytes. Albumine : 2 gr. 20. Glucose : 0,30 gr. Chlorures : 3,83 gr. Il n'y a pas de spirochètes, pas de bacille de Koch, mais de très nombreux bâtonnets mobiles Gram négatifs. Ça et là, ces éléments se groupent par deux, ébauchant un aspect de diplocoques.

Sang : hématies, 4.600.000 ; leucocytes : 10.000 ; polynucléaires neutrophiles 92 % ; polynucléaires éosinophiles 1 % ; grands mononucléaires 2 % ; lymphocytes et moyens mononucléaires 5 %. L'urée sanguine est à 0,45 gr. L'hémoculture pratiquée ce même jour, donne un bâtonnet mobile Gram négatif.

Evolution et traitement : — Une injection intraveineuse de 10 cc. de solution à 2,5 % du sel disodique de l'acide 4-sulfonamido phényllazo-7 acétylamino-1 oxynaphtaline -3-6-disulfonique est pratiquée à 13 heures. Le soir à 16 heures, l'état s'est aggravé : une injection rachidienne de 20 cc. de solution de paraminobenzène-sulfamide est faite. Des suppositoires du même produit sont administrés.

Le 3 septembre, le coma est complet. Dans le liquide céphalo-rachidien, le taux des éléments s'élève à 980, l'albumine est à 2,30 gr. Les mêmes germes sont observés. En nous basant sur la morphologie du bacille isolé par hémoculture, nous injectons 40 cc. de sérum anticolibacillaire de Vincent par voie rachidienne et 50 cc. du même sérum par voie sous-cutanée. Trois suppositoires de sulfamide sont administrés.

La malade succombe le 4 septembre vers 5 heures du matin. L'autopsie est refusée par la famille.

Recherches bactériologiques ; l'identification du germe ne fut achevée qu'après la mort de la malade. L'identification faite sur différents milieux et au moyen de sérums agglutinants, a permis de re-

connaître un bacille intermédiaire au typhique et au paratyphique A. Une légère différence existe entre la souche rachidienne et la souche hématique. La première est plus mobile et agglutinée en fins grumeaux par le sérum antipara B. (Dr LEGROUX).

La séro-agglutination pour le spirochète a été négative. (Dr MOLLARET).

Deux cobayes inoculés, l'un avec l'urine, l'autre avec le liquide céphalo-rachidien, n'ont présenté aucun symptôme anormal.

Il s'agit, en résumé, d'une malade présentant un syndrome de méningite aiguë fébrile, chez qui l'examen général décelait les éléments d'une hépatonéphrite fruste (subictère, albuminurie, cylindrurie). Le diagnostic de spirochétose méningée paraissait vraisemblable, et c'est l'examen bactériologique du sang et du liquide céphalo-rachidien qui a permis d'isoler un bacille intermédiaire au bacille d'Eberth et au bacille paratyphique A. Ce bacille nous semble bien avoir été l'agent de la méningite. L'évolution est trop rapide pour que l'on puisse envisager ce bacille comme un microbe de sortie et, par ailleurs, nous n'avons trouvé aucune association microbienne. Il ne s'agissait pas, en particulier dans notre cas, d'une spirochétose méningée compliquée de méningotyphus, comme dans les observations de J. Troisier et M. Bariéty. La séro-agglutination, faite de manière il est vrai trop précoce, les inoculations de l'urine et du liquide céphalo-rachidien au cobaye ont été négatives.

HISTORIQUE

C'est en 1841 que Forget signale le premier l'existence de complications méningées de la fièvre typhoïde, se basant sur des constatations cliniques et nécropsiques. La fréquence relative de ces complications explique le nombre considérable des travaux suscités par leur étude, facilités par les progrès de la bactériologie, et la pratique courante de la ponction lombaire.

Citons les travaux de Lombard et Falconnet,
les thèses de Fritz,
de Hugues,
de Dabout (1901) inspirée par Netter,
les mémoires de Troisier, de Grasset,
les mémoires de Troisier, de Grasset, de Netter.
en Allemagne, les recherches de Wunderlich, Bernhardt,
Curshmann, Loeb, Wolf.

Des études bactériologiques et cytologiques sur les états méningés typhoïdiques ont été depuis poursuivis par Widal, Dopter, Netter, Grenet, Vincent, Sainton et Voisin, d'Oelnitz, Boucaut et Ronchèse, Ortoni et Ameuille, Moizard et Grenet, Merklen et Cl. Gautier, Cottin et Gastinel, Bergiot, Weissenbach, Lemierre et Joltrain.

Les complications méningées de la paratyphoïde A ont fait l'objet d'une série de travaux de : Sacquépée, Tolmer et Weissenbach, Bordier.

Celles de la paratyphoïde B, de divers mémoires de :

Sacquépée
Guy Laroche
Lecaplan
Debove
Trémolières et Caïn
Rivet et Mlle Gautheron

ÉTIOLOGIE

Ces méningites surviennent surtout chez la femme et l'enfant. Elles sont dues le plus souvent au bacille d'Eberth.

Mais elles peuvent également se voir au cours des paratyphoïdes.

Elles peuvent survenir soit au début de la fièvre typhoïde réalisant l'aspect clinique du méningotyphus,

soit au cours de l'évolution de la maladie du 6^{me} au 20^{me} jour,

soit beaucoup plus rarement à la convalescence, ou lors de rechutes.

Parfois aussi, la méningite typhique ne s'accompagne d'aucun autre signe clinique de dothiéntenterie.

Exceptionnellement aussi, la méningite est due à des germes d'infection secondaire, pneumocoque, streptocoque, etc.

Causes favorisantes.

Il est difficile de trouver dans les antécédents des malades atteints de méningite due aux bacilles du groupe typhique, une cause particulière.

On retrouve parfois les facteurs favorisants coutumiers des méningites aiguës : débilité, surmenage intellectuel. En fait, il est difficile de retrouver dans la majorité des cas une cause favorisant cette localisation méningée.

Cependant, il faut insister sur un point : les otites moyennes. D'ailleurs, notre maître, M. le Professeur Rathery, a souvent insisté sur la fréquence des otites moyennes, latentes au cours des fièvres typhoïdes.

On connaît la fréquence de la surdité observée à des degrés divers chez la majorité des typhiques.

Lemierre et Joltrain ont publié une observation de méningite purulente éberthienne dont le début a été marqué par des signes d'otite aiguë avec otalgie intense, écoulement de pus franc, assez passager d'ailleurs.

La nature bactériologique de ce pus n'a pas été recherchée. Ultérieurement, la surdité a été complète pour l'oreille du côté atteint.

Les signes de typhoïde, les signes de méningite sont apparus dans la suite, cependant que l'hémoculture comme la ponction lombaire décelait des bacilles typhiques. L'évolution se fit vers la mort.

C'est ainsi que nous étudierons successivement :

a) les méningites typhiques secondaires, survenant au cours de l'évolution de la maladie et s'accompagnant d'autres signes de la série typhique, de diagnostic facile ;

b) les méningotyphus. Ce sont là des méningites survenant au début de la maladie qui se démasque par la suite.

c) les méningites primitives à bacilles d'Eberth, ou à bacilles paratyphiques évoluant comme la localisation unique d'une dothiéntérie de diagnostic délicat.

d) les méningites dues à des germes d'infection secondaire.

Toutes réalisent le tableau de la méningite suppurée aiguë, sans particularités spéciales. Seule la ponction lombaire permettra de dire méningite suppurée à bacilles typhiques, ou réactions méningée, si elle survient au cours de la fièvre typhoïde, ou si elle s'accompagne d'autres signes de la série typhique.

Seule la ponction lombaire permettra de dire si les accidents méningés ne s'accompagnent d'aucun signe de la série typhique : méningite à bacilles typhiques ou méningite à autres germes.

En effet, le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction est plus ou moins hypertendu, opalescent, trouble ou franchement purulent.

L'albumine y est notablement augmentée.

L'examen cytologique montre des polynucléaires altérés.

Les bacilles typhiques sont rarement trouvés à l'examen direct, la culture est indispensable pour leur identification et leur différenciation :

— bacille d'Eberth

— bacille paratyphique A

ou bacille paratyphique B,

enfin si le liquide céphalorachidien contient des germes, il agglutine le germe correspondant.

CLINIQUE

A) *Méningites typhiques secondaires :*

Ce sont les plus fréquentes.

Elles peuvent se voir au cours de n'importe quelle forme de typhoïde.

C'est à leur propos que nous relaterons l'observation de méningite suppurée à bacille paratyphique B. publiée par Lesné.

J..., 25 ans, arrivait à l'hôpital au cours du printemps 1916, pour une affection fébrile datant de 9 jours, la fièvre oscillant entre 39° et 40°.

La céphalée, la torpeur intellectuelle, la diarrhée ocre, la langue sale et sèche, rouge à la pointe, les épistaxis, le pouls dicrote et une grosse rate, imposaient le diagnostic clinique de fièvre typhoïde que confirmait deux jours après l'apparition de taches rosées, bien que cet homme ait eu deux ans auparavant une fièvre typhoïde très grave.

En réalité, il s'agissait d'une fièvre paratyphoïde B, comme le démontraient l'hémoculture et le sérodiagnostic positif au 1/400^e le 15^{me} jour.

Le 16^{me} jour, la torpeur dégénère en un état voisin du coma, entrecoupé par des périodes d'agitation, de délire, de cris et on voit apparaître des vomissements,

- la raideur de la nuque,
- et un signe de Kernig

entraînant le diagnostic de complication méningée.

Une ponction lombaire pratiquée le lendemain amena un liquide très trouble, purulent, hypertendu, renfermant un grand nombre de polynucléaires plus ou moins cytolysés, se colorant mal, des bacilles Gram négatifs à bout arrondis, que l'étude des propriétés biologiques permet d'identifier au bacille paratyphique B.

Ce bacille qui existe à l'état de pureté dans le liquide céphalo-rachidien sans addition d'autres germes, est identique à celui isolé par hémoculture et est rapidement agglutiné au 1/300^e par le sérum du malade et par un sérum expérimental antiparatyphique B.

Une ponction lombaire fut pratiquée tous les deux jours, trois

fois, suivie d'une injection intrarachidienne de cinq centimètres cube d'une solution de collargol à 1 %.

Après la 3^{me} ponction, les symptômes méningés s'atténuèrent puis disparurent. Le liquide était moins louche, les éléments cellulaires moins nombreux et il n'existait plus de bacilles à l'examen direct.

Enfin, une dernière ponction pratiquée dix jours après la première ramena un liquide clair et stérile et ne renfermant que quelques lymphocytes.

La convalescence fut ensuite retardée par l'apparition d'accidents cardiaques graves, tachycardie, arythmie, hypotension artérielle et par des abcès sous-cutanés multiples.

Enfin, après de nombreuses alternatives d'amélioration et d'aggravation, ce malade entra franchement en convalescence, le 43^{me} jour, sans qu'il y ait eu reprise des accidents méningés.

Il faut noter que la symptomatologie des méningites secondaires à une typhoïde est des plus variable : soit quelques signes isolés ; raideur de la nuque, signe de Kernig, troubles du rythme respiratoire,

— soit tableau de la méningite cérébrospinale classique :

céphalée avec vomissements et diarrhée,
rachialgie,
myalgies et arthralgies,
hypererthésie cutanée,
contracture généralisée,
signe de Kernig,
éruptions cutanées, purpura le plus souvent,
instabilité thermique.

Le signe le plus constant, le plus précoce est le signe de Kernig.

Le diagnostic de cette forme est en somme des plus faciles, si les signes constatés ont incité à faire une P. L.

B) *Méningotyphus. Méningoparatyphus.*

Leur apparition est brusque, après quelques phénomènes d'état infectieux atypiques, pouvant d'ailleurs passer inaperçus.

En un jour, deux au plus, le tableau classique de la méningite aiguë se trouve réalisé.

Parfois déjà l'examen somatique complet du malade montre des signes typhiques, d'autres fois il faut attendre quelque temps pour les voir apparaître.

Là encore seule la ponction lombaire la distinguera des réactions méningées aseptiques beaucoup plus fréquentes au début des fièvres typhoïdes.

C) *Méningites typhiques primitives.*

Aucun signe clinique ne permet de les distinguer des autres méningites aiguës.

Début brusque, après un ou deux jours de prodromes vagues, céphalée, vomissement, éruptions cutanées, herpès même, signes méningés au complet, absence de signes de la série typhique sont des caractères de toute méningite aiguë.

Seule l'identification du germe dans le liquide céphalo-rachidien affirmera son origine typhique ou paratyphique.

C'est dans ce cadre que rentre l'observation que nous avons relatée au début de cette thèse.

C'est ici aussi qu'il faut ranger le cas publié par Tollmer et Weissenbach de méningite à bacille paratyphique A, réalisant un tableau de méningite aiguë avec liquide céphalo-rachidien trouble : on y met en évidence le bacille paratyphique A. L'évolution se fait vers la mort. A l'autopsie, outre les lésions évidentes de méningite, on décèle des lésions intestinales typhiques caractéristiques sur la terminaison du grêle, et des lésions congestives des bases pulmonaires. En se basant sur les constatations anatomiques, on pourrait donc soulever la question d'un méningoparatyphus A.

D) *Les méningites dues à des germes d'infection secondaire.*

Elles n'offrent aucune particularité et sont également découvertes grâce à l'examen du liquide céphalo-rachidien. Elles peuvent survenir au cours ou à la convalescence de la dothiéntenterie comme dans les observations de :

Sergent et Lemaire,
Giraudet,
Breton (staphylocoque),

Derville (pneumocoque),
Chantemesse et Ranous,
Comby (Bacille de Koch),
Kerr (méningocoque).

mais elles peuvent apparaître dès le début de la fièvre typhoïde comme dans les observations de

Vaillairs et Vincent (streptocoque),
de Sacquepée (pneumocoque),
de Vincent (pneumocoque associé au bacille d'Eberth).

Au point de vue clinique, rien ne les distingue des méningites suppurées à germes habituels. D'ailleurs, elles se sont toujours terminées par la mort.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des méningites typhiques microbiennes est facile. Les résultats de

- la ponction lombaire
- et de l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien

sont les deux éléments primordiaux.

Au cours d'une typhoïde diagnostiquée, on saura rechercher d'éventuels signes méningés.

Devant un tableau de méningite aiguë, on saura rechercher cliniquement d'autres signes qui plaideraient en faveur d'une septicémie éberthienne :

- la notion d'épidémiologie,
- le mode d'installation de la maladie,
- la splénomégalie,
- les taches rosées,

mais on attachera beaucoup plus d'importance aux résultats probants que donne la ponction lombaire, l'ensemencement du liquide, et les réactions sérologiques du liquide céphalo-rachidien.

On peut admettre que l'existence dans le liquide céphalo-rachidien de propriétés agglutinantes vis-à-vis du bacille d'Eberth, et d'une réaction de fixation positive vis-à-vis de l'antigène typhique, permet de reconnaître en même temps que l'origine éberthienne de l'affection l'existence d'une altération des méninges (Lemierre et Joltrain).

C'est aussi par l'examen bactériologique du liquide retiré par ponction lombaire que l'on éliminera,

- les méningites purulentes non typhiques à germe pathogène divers
- les méningites aiguës à liquide clair,
- méningite spirochétosique,
- méningites lymphocytaires,
- méningites tuberculeuses.

A vrai dire, ces diagnostics ne se posent guère.

Plus délicat peut-être sont les autres méningites et état méningés survenant chez des typhiques.

Il faut distinguer les méningites typhiques, aiguës microbiennes, des réactions méningées survenant au cours de la typhoïde, et surtout des paratyphoïdes.

Ce sont les réactions signalées par Sacquépée après les épidémies de juin 1909 et d'octobre 1910 :

syndrome méningé, avec liquide céphalo-rachidien hypertendu, parfois présentant une réaction lymphocytaire, mais jamais de germes.

L'hémoculture, le sérodiagnostic étaient positifs au para B.

Un autre ordre de faits importants à séparer des formes qui nous intéressent :

Les réactions méningées accompagnant une encéphalite typhique. Il est d'ordinaire facile de poser ce diagnostic d'encéphalite et nous ne ferons que signaler quelques-uns des symptômes si divers des encéphalites typhiques :

la somnolence, les paralysies des nerfs craniens, la contracture avec parfois le phénomène de la roue dentée.

Ici encore, le liquide céphalo-rachidien ne contient pas de germes.

Il nous faut enfin mettre en valeur les syndrômes méningés avec azotémie décrits par notre maître, M. le Professeur Rathery et Vansteenberghe, cas observés chez des soldats hospitalisés à Zuydcoote pendant la guerre.

Indistinctement au cours de plusieurs cas de fièvres typhoïdes, paratyphoïdes A, ou B, est apparu un syndrôme méningé net.

A la ponction lombaire, liquide clair, légèrement hypertendu, sans augmentation de l'albumine.

L'examen cytologique est complètement négatif. L'examen bactériologique montre un liquide stérile.

Seul le dosage de l'urée montre dans le liquide céphalo-rachidien de 0,60 gr. à 2,20 gr. ; dans le sang, une augmentation parallèle ; dans les urines le taux de l'urée est considérablement diminué.

PRONOSTIC

Le pronostic des méningites typhiques est d'une gravité exceptionnelle.

Les méningites primitives sont toujours mortelles.

Les méningites secondaires, bien qu'effroyablement graves, peuvent guérir, — nous avons vu le cas de méningite à bacille paratyphique B, rapporté par Lesné, — mais le malade est un typhique, pouvant faire d'autres localisations graves, mortelles.

Si le malade guérit, la convalescence sera longue.

Le pronostic ultérieur reste toujours assombri par la possibilité de séquelles psychiques.

TRAITEMENT

Quant au traitement, il est décevant.

Nous ne possédons aucun traitement biologique.

Les sulfamides sont encore trop nouvellement venus dans notre arsenal thérapeutique pour qu'on puisse juger de leur efficacité, ou de leur inefficacité.

Le traitement sera purement symptomatique, drainage temporaire des espaces sous arachnoïdiens par des ponctions lombaires quotidiennes : retirer 30 à 40 cc. de liquide céphalo-rachidien par jour. On diminue ainsi la céphalée et les douleurs. Injections intrarachidiennes de divers médicaments préconisés pour toute méningite suppurée. Nous insisterons sur la nécessité d'isoler le malade, loin du bruit, dans une chambre obscure, de prodiguer des soins d'hygiène, de veiller à la réhydratation du malade ; l'administration enfin de bains chauds tièdes à 38° qui constituent un puissant sédatif du système nerveux, à quoi on adjoindra une médication calmante : bromure et chloral et des toniques généraux.

Telles sont des indications classiques.

CONCLUSIONS

1. — Il faut insister sur la rareté des méningites typhiques à germes décelables, et surtout sur l'extrême rareté des méningites à bacilles paratyphiques A, donc l'intérêt de l'observation que nous reproduisons nous paraît très grand puisqu'il n'existe à notre connaissance qu'un seul autre cas de cette affection, rapporté par Tollmer et Weissenbach.

2. — On sépare méningite typhique à germe décelable, des réactions méningées au cours de la fièvre typhoïde.

3. — Parmi les méningites typhiques à germe décelable, on distingue : les méningites primitives
le méningotyphus classique
les méningites secondaires à une typhoïde connue
les méningites dues à une infection secondaire.

4. — En cas de méningite primitive, seule l'étude biologique du liquide céphalo-rachidien permet de démontrer la nature typhique ou paratyphique de celle-ci. En cas de méningite secondaire, seule la ponction lombaire permet de la distinguer des autres accidents nerveux de la typhoïde, en particulier de l'encéphalite typhique.

5. — Le pronostic est dans l'ensemble très grave, presque toujours fatal.

6. — Les traitements jusques ici appliqués se sont montrés dans la majorité des cas, décevants.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD, *Les maladies typhoïdes*. Masson, éditeur, 1929.
- BEZANÇON et PHILIBERT, *Maladies infectieuses*, t. I, Masson, éditeur, 1935.
- CHALLIER et FROMENT, *Manifestations encéphaliques de la fièvre typhoïde*. Semaine médicale des Hôpitaux, 1930.
- GUY LAROCHE, *Petite épidémie de paratyphoïdes B : formes méningées*. Paris médical, 1915, p. 565.
- GUY LAROCHE, *Méningite typhique bénigne*. Bulletin Société médicale des Hôpitaux, 5 février 1920.
- LEMIERRE et JOLTRAIN, *Méningite purulente éberthienne : début par signes d'otite aiguë*. Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 22 nov. 1921.
- LESNE, *Méningite suppurée à para B.*, B. M. Soc. méd. hôp. Paris, 1920, p. 1162.
- MAY et KAPLAN, *Manifestations encéphaliques de la fièvre typhoïde*, Semaine médicale des Hôpitaux, 1929.
- P. MERKLEN et J. GAUTIER, *Nouvelle observation de méningite aiguë éberthienne*. Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 1^{er} déc. 1916.
- PILOD, *Fièvre typhoïde* in « *Encyclopédie médico-chirurgicale* ». Maladies infectueuses, 1935.
- RATHERY et VANSTEENBERGHE, *Syndrôme méningé et azotémie au cours des maladies typhoïdes*. Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 1915, p. 1056.
- ROGER-TEISSIER, WIDAL, *Nouveau traité de médecine*. Fascicule III. Masson, éditeur, 1927.
- SACQUÉPÉE, *Forme méningée des infections paratyphoïdiques*. Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 23 déc. 1910.
- SACQUÉPÉE, *Sur accès méningés d'emblée au cours des fièvres typhoïdes*. Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 24 mars 1911, p. 325.
- STEHÉLIN, *Manifestations encéphaliques de la fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1931.
- TEXIER, *Contribution à l'étude des phénomènes méningés au cours des septicémies à bacille d'Eberth*. Thèse de Paris, 1921.
- TOLLMER et WEISSENBACH, *Méningite cérébro-spinale suppurée primitive à para A*. Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 17 déc. 1915, p. 1267.
- TRÉMOLIÈRES et TOURAINE, *Etat méningé dothiénenterique initial*. Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 16 déc. 1910.
- TROISIER, BARIETY, Mlle ERBER, BROUET et SIFFERLEN, *Spirochétose méningée et méningotyphus*. La presse médicale, 4 mai 1935.
- ZVETKOVITCH, *A propos d'un cas de méningite typhique*. Thèse de Montpellier, 1923.

Vu

Le Doyen

TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse

LOEPER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

ROUSSY

